

Tarifpolitik: aktuelle Entwicklung

Dr. med. Antoine Meyer, Leitender Arzt Allgemeine Chirurgie, Kantonsspital Fribourg, antoine.meyer@h-fr.ch



Dr. med. Antoine Meyer

Jeden Herbst beginnen die Diskussionen über die Kostenentwicklung des KVG von Neuem. Selbstverständlich besteht das Ziel darin, die Kosten einzudämmen, damit sie für die Bevölkerung akzeptabel sind. Daher hat jede Entwicklung der Tarifpolitik insgesamt die Kostenneutralität zu wahren.

Zu den ambulanten Tarifen finden mehrere Aktionen, an denen verschiedene Partner beteiligt sind, gleichzeitig statt. Die SGC sowie die anderen chirurgischen Fachgesellschaften haben sich stets in die Diskussionen über die Tarifentwicklung eingebracht, um die Interessen unserer Dachorganisation bestmöglich zu verteidigen. Um die Komplexität der Tarifrevisionen zu veranschaulichen, sei daran erinnert, dass der TARMED bereits seit zehn Jahren revidiert wird. Wer die Entwicklung nicht aufmerksam verfolgt, ist zwischen TARMED, TARVISION, TARCO und TARDOC mit seinem Latein schnell am Ende. Um dem Bundesrat ein starkes Projekt vorzulegen, musste der neue, in Evaluierung befindliche Tarif (TARDOC) von einem Zusammenschluss von Versicherern unterstützt werden, der eine Mehrheit der Versicherten vertritt. Am 25. Juni 2020 haben die FMH und der Versichererverband Curafutura (CSS, Helsana, Sanitas, KPT) dem Bundesrat eine Nachreichung zum Projekt TARDOC unterbreitet. Im Mai stimmte auch die Swica mit ihren 1.5 Mio. Versicherten dem neuen Tarif TARDOC zu und spielte damit das Zünglein an der Waage. Der TARDOC wird derzeit noch von den Bundesbehörden beurteilt.¹

In Sachen Tarif stehen sich zwei grosse Konzepte mit Vor- und Nachteilen gegenüber:

Ein minutengenau festgelegter Einzelleistungstarif, der alle Leistungen erfasst: die Nutzung der Räumlichkeiten, das Material, die Arbeit des Chirurgen, seines Assistenten, des Anästhesisten und des Pflegepersonals. Alle Positionen müssen vom Gesundheitsdienstleister sorgfältig aufgeschrieben, kontrolliert, validiert und anschliessend dem Versicherer und/oder dem Patienten zur Zahlung vorgelegt werden. Aus dieser Vorgehensweise erwachsen zahlreiche Streitigkeiten, die die Verwaltungsarbeit der Versicherer wie auch der Gesundheitseinrichtungen und der Ärzte drastisch erhöhen.

Das zweite Konzept ist eine pauschal bezahlte Leistung für häufige ambulante Behandlungen wie im DRG-Modell für stationäre Patienten. Diese Pauschalen sind an Qualitätskriterien gebunden, die von den Gesundheitsdienstleistern zu gewährleisten sind, und müssen die Kosten der Leistungen unbedingt ausreichend decken. Die Pauschale wird in Absprache zwischen Fachärzten (Chirurgen, Anästhesisten) und Versicherervertretern (tarifsuisse) unter Koordinierung der FMCH und der Firma PwC Schweiz festgelegt. Das Ziel besteht darin, für jede Art des Eingriffs einen festen Pauschalbetrag zu bestimmen, der alle oben genannten Leistungen einschliesslich des Materials umfasst. In der Allgemeinchirurgie führen wir derzeit die Berechnung für sieben häufige Operationen durch: Inguinalhernien, offene und laparoskopische Operation, einseitig und beidseitig, Nabel- und Bauchwandbrüche, offene und laparoskopische Operation, sowie Hämorrhoidenbehandlungen. Dieses System würde eine vereinfachte Rechnungsstellung und Kontrolle bei voller Transparenz ermöglichen.

Letzten Juni haben die FMCH und santésuisse dem Bundesrat ein Paket mit ambulanten Pauschalen zur Genehmigung eingereicht. Somit könnten 67 Operationen und Behandlungen einfach und einheitlich abgerechnet werden. Dies betrifft aktuell die folgenden Fachgebiete: Handchirurgie, Radiologie, Kinderchirurgie, Angiologie, Ophthalmochirurgie und Anästhesie.

Dieses System ist freiwillig; jeder selbstständige Chirurg und jede Einrichtung kann ihm beitreten. Es steht im Einklang mit den Vorschlägen des Bundesrats im Massnahmenpaket zur Kostendämpfung in der Krankenversicherung.²⁻³ Das erste Paket dieser Massnahmen wurde im August 2019 veröffentlicht und umfasst neun vorrangige Massnahmen, die sich mit der Förderung der Pauschalen im ambulanten Bereich befassen. Diese neue Tarifstruktur soll – mit möglichen Ausnahmen – auf gesamtschweizerischer Ebene einheitlich sein.

Im Internet finden Sie mehrere Tools, mit denen Sie die verschiedenen Tarife vergleichen können. Über den Link <https://fmch.ch/dienstleistungen/> können Sie den aktuellen TARMED mit dem in Evaluierung befindlichen TARDOC vergleichen.

Interessant ist auch, wie die stationären Leistungen vergütet werden. Hier ist ein kleiner Überblick über den Aufbau einer DRG: Sie basiert im Wesentlichen auf der Hauptdiagnose (ICD-Code) sowie auf gewissen massgeblichen Nebendiagnosen. Die zweite wichtige Information ist der Eingriff (CHOP-Code). Zu dieser DRG können zusätzliche Vergütungen hinzugefügt werden, die getrennt abgerechnet werden.

Zur Simulation wählen Sie auf folgender Website die Registerkarte „Einzelfallgrupper“: <https://grouper.swissdr.org/swissdr/single>. Dann müssen Sie nur noch die für die Simulation erforderlichen Daten eingeben, insbesondere die Verweildauer und das Alter des Patienten. Für die Diagnose können Sie einen freien Text eintippen, wodurch Sie die meisten Diagnosen und üblichen Operationen finden dürften. Dazu ein Beispiel: akute Cholezystitis: K81.0, Prozedur: laparoskopische Cholezystektomie: 51.23. Wenn die Diagnose und die Prozedur nicht auf diese Weise herauszufinden sind, gehen Sie auf <https://medcode.ch/ch/de/icds/ICD10-GM-2018> und suchen Sie den jeweiligen Code unter ICD-10_GM 2018 und CHOP 2020.

Nehmen wir eine 40-jährige Patientin ohne Komorbidität, die wegen laparoskopisch zu behandelnder akuter Cholezystitis als Notfall aufgenommen wird. Ihre DRG wird beim Verlassen des Spitals, wenn sie zwei Tage bleibt, die H07C der Hauptdiagnosegruppe MDC 07 (Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas) sein. Diese DRG hat eine Normalverweildauer von zwei bis fünf Tagen und eine mittlere Verweildauer von drei Tagen. Das auf 0.796 festgesetzte Basiskostengewicht wird mit der Base-rate Ihres Spitals multipliziert, um auf die endgültige Pauschalvergütung zu kommen. Wenn die Base-rate 9000.– beträgt, so erhält die Einrichtung 0.779 x 9000.–, d. h. 7164.–, für alle Leistungen ihres Spitalaufenthalts.

Abschliessend ist festzustellen, dass es immer besser sein wird, wenn die Tarifpartner zu einer Einigung in Sachen Tarifpolitik gelangen. Dadurch wird der Bundesrat im Hintergrund bleiben und von seiner subsidiären Kompetenz nicht Gebrauch machen, wie es beim TARMED bereits der Fall war. Seien wir also proaktiv!

Politique tarifaire: Evolution actuelle

Dr. med. Antoine Meyer, Médecin Adjoint Service de Chirurgie, Hôpital cantonale Fribourg, antoine.meyer@h-fr.ch

Chaque automne, les discussions reprennent sur l'évolution des coûts de la LAMal. Le but est bien entendu de les contenir pour qu'ils soient acceptables pour la population. Dès lors, globalement, toute évolution de la politique tarifaire doit respecter la neutralité des coûts.

Au sujet des tarifs ambulatoires, plusieurs actions ont lieu en parallèle et impliquent plusieurs partenaires différents. La SSC ainsi que les autres sociétés des disciplines chirurgicales ont toujours été impliquées dans les discussions au sujet de l'évolution des tarifs afin de défendre au mieux les intérêts de notre corporation.

Pour illustrer la complexité des révisions tarifaires, il faut rappeler que le TARMED est en révision depuis 10 ans. Si on ne suit pas attentivement l'évolution, on en perdrait son latin entre TARMED, TARVISION, TARCO, TARDOC.

Afin de présenter un projet fort au Conseil Fédéral, le nouveau tarif en cours d'évaluation (TARDOC) devait être soutenu par un regroupement d'assureurs représentant une majorité des assurés. Le 25 juin dernier, le Projet TARDOC a été déposé au Conseil Fédéral par la FMH et le groupe d'assurance Curafutura (CSS, Helsana, Sanitas, KPT) rejoint en mai par Swica qui représente 1.5 mio d'assurés et qui a réussi à faire pencher la balance. Il est actuellement toujours en examen auprès des instances fédérales.¹ En matière tarifaire, 2 grands concepts s'opposent avec avantages et inconvénients.

Un tarif à la prestation minuté, très précis, qui comptabilise toutes les prestations:

l'utilisation des locaux, le matériel, le travail du chirurgien, de son assistant, de l'anesthésiste et du personnel soignant. Toutes les positions doivent être soigneusement notées, contrôlées et validées par le prestataire de soins puis soumises à l'assureur et/ou au patient pour paiement. De ce processus découlent de nombreuses contestations qui augmentent drastiquement le travail administratif autant chez les assureurs que chez les institutions de santé et les médecins.

Le 2ème concept est une prestation payée de manière forfaitaire pour des actes ambulatoires fréquents comme sur le modèle des DRG pour les patients stationnaires. Ces forfaits sont liés à des critères de qualité qui doivent être assurés par les prestataires de soins et ils doivent impérativement couvrir correctement les coûts des prestations. Le forfait est établi en concertation entre les spécialistes médicaux (chirurgiens-anesthésistes), les représentants des assureurs (Tarifsuisse) sous coordination de la FMCH et PwC Suisse. Le but est de déterminer un montant fixe forfaitaire pour un type d'intervention qui regroupe toutes les prestations précitées y compris le matériel. Pour la chirurgie générale, nous travaillons actuellement sur 7 opérations fréquentes: les hernies inguinales par voie ouverte et laparoscopique, unilatérales et bilatérales, les hernies ombilicales et épigastriques, ouvertes ou scopiques, ainsi que les cures d'hémorroïdes. Ce système permet donc une facturation et un contrôle simplifié en toute transparence.

En juin dernier, la FMCH et Santésuisse ont soumis au Conseil Fédéral un paquet de forfaits ambulatoires. 67 opérations et traite-

ments pourraient être ainsi facturés simplement et uniformément. Cela concerne actuellement les disciplines suivantes: la chirurgie de la main, la radiologie, la chirurgie pédiatrique, l'angiologie, l'ophtalmo-chirurgie et l'anesthésie.

Ce système est volontaire et chaque chirurgien indépendant ou chaque institution peut décider d'y adhérer. Il est en droite ligne avec les propositions du Conseil Fédéral dans le train de mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l'assurance-maladie.²⁻³ Ces mesures, dont le 1er volet a été publié en août 2019, présentent 9 mesures prioritaires dont la 4ème est la promotion des forfaits dans le domaine ambulatoire. Cette nouvelle structure tarifaire doit être uniforme au niveau national avec des exceptions possibles.

Vous trouverez plusieurs outils sur internet qui vous permettront de comparer les différents tarifs. Sous ce lien: <https://fmch.ch/prestations/>, vous pourrez comparer le TARMED actuel avec le TARDOC en cours d'évaluation.

Pour les prestations stationnaires, il est aussi intéressant de pouvoir comprendre comment elles sont rémunérées. Voici un petit rappel sur l'élaboration d'un DRG. Il se base principalement sur le diagnostic principal (code ICD) ainsi que sur certains diagnostics secondaires significatifs. La deuxième information essentielle est le traitement/intervention/procédure (code CHOP). A ce DRG pourront encore être ajoutées des rémunérations supplémentaires, facturées à part.

Pour faire une simulation, je vous invite à vous connecter sur cette page et choisir l'onglet «Grouper cas par cas» <https://grouper.swissdrg.org/swissdrg/single?locale=fr>

Il vous suffit ensuite de remplir les données indispensables à la simulation, en particulier la durée de séjour et l'âge du patient. Pour le diagnostic, vous pouvez essayer d'entrer du texte libre: ce qui vous permettra de trouver la majorité des diagnostics et des opérations courantes. Par exemple: cholécystite aiguë: K81.0, procédure: cholécystectomie par laparoscopie: 51.23. Si le diagnostic et la procédure ne peuvent être obtenus ainsi, aller sur <https://medcode.ch/ch/fr/icds/ICD10-GM-2018> pour rechercher le code ICD-10_GM 2018 et le code CHOP 2020.

Prenons une patiente de 40 ans, sans comorbidité, qui est admise en urgence pour une cholécystite aiguë traitée par laparoscopie. Son DRG à la sortie, si elle reste 2 jours, sera le H07C du groupe MDC 07 (Maladies et troubles du système hépatobiliaire et du pancréas). Ce DRG a une durée de séjour inlier (normale) de 2 à 5 jours et une durée moyenne de séjour à 3 jours. Le cost-weight de base fixé à 0.796 sera multiplié par le Baserate de votre hôpital pour connaître la rémunération forfaitaire finale. Si le Baserate est de 9000.-, l'institution recevra 0.779 x 9000.-, soit 7164.- pour l'ensemble des prestations de son séjour hospitalier.

Pour conclure, il sera toujours mieux que les partenaires tarifaires arrivent à s'entendre en matière de politique tarifaire, ainsi le CF restera en retrait et n'utilisera pas droit d'intervention subsidiaire comme cela s'est déjà passé avec le TARMED. Soyons donc pro-actifs!

Literatur

- <https://www.medinside.ch/de/post/ein-weiterer-versicherer-gibt-tardoc-eine-chance>
- <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20194265>
- <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/kvg-revision-massnahmen-zur-kostendaempfung-Paket-1.html>